



**Revisión de Elegibilidad para Beneficios Médicos
para Familias y Niños**
ELIGIBILITY REVIEW FOR FAMILY AND CHILDREN'S
MEDICAL BENEFITS



Esta revisión de elegibilidad es un informe de los hechos sobre aquellas personas que desean recibir beneficios médicos. Deberá responder a todas las preguntas para que nosotros sepamos si podemos seguir entregándole beneficios médicos.

Envíenme información sobre los programas de asistencia financiera y de alimentos.
Escriba con letra impresa

1. Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido		
2. Dirección de donde vive	Calle y N°	Ciudad	Estado	Código postal
3. Dirección postal (si es diferente al domicilio)	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
4. Números de teléfono	5. ¿Tiene dificultades para hablar, leer o escribir en inglés?			Sí No
Casa () _____	¿Necesita que le envíen el material en otro idioma?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Trabajo () _____	¿Necesita un intérprete? (Si es así, le conseguiremos un intérprete).			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Qué idioma habla? _____				
6. En mi casa hay una mujer embarazada.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es sí, ¿quién? _____		
Fecha esperada del parto _____				

Información general

7. En mi casa hay una persona incapacitada. Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

8. Nombre los miembros de la familia que viven en la misma casa: _____ (esta información no será compartida con el Servicio de Inmigraciones)

Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido)	Parentesco o Relación con usted	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Ciudadano estadouni dense		Si no es ciudadano de EE. UU. ¿se dio a la persona un documento indicando el estado legal? (adjunte el documento)		Indique la fecha en que esta persona llegó a los EE.UU. (mm/dd/aa)		¿Tiene esta persona un patrocina dor?		Número de seguro social (opcional si la persona no desea beneficios)	Sexo M/F
			Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
A. Padre/tutor o usted			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B. Padre/tutor/otro			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
C. Nombre a todas las demás personas:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
D.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
E.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
F.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
G.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
H.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
I.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Gastos

9. ¿Paga usted a alguien para que cuide de sus niños o de un adulto dependiente mientras usted trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	10. ¿Paga manutención de niños ordenada por la corte por un niño que no vive en su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, ¿cuánto paga al mes? \$ _____	Si la respuesta es sí, ¿cuánto paga al mes? \$ _____

Ingresos

<p>11. Los ingresos de su trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Marque si trabaja por cuenta propia</p> <p>Nombre del empleador _____</p> <p>Número de teléfono () _____</p> <p>Suma que gana en cada período de pago antes de descontar los impuestos \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente Horas trabajadas por semana _____</p>	<p>Otro ingreso recibido por alguna persona de su hogar</p>	<p>Monto</p>	<p>¿Con qué frecuencia se reciben estos ingresos?</p>	<p>¿Qué miembro de la familia recibe estos ingresos?</p>
	13. Manutención de niños	\$		
	14. Pensión conyugal	\$		
	15. Pago del Seguro Social	\$		
	16. Beneficio de desempleo	\$		
<p>12. Ingresos del empleo de su cónyuge o familiar que vive en su casa.</p> <p>Nombre de otra persona con ingresos _____</p> <p><input type="checkbox"/> Marque si la persona trabaja por cuenta propia</p> <p>Nombre del empleador _____</p> <p>Número de teléfono () _____</p> <p>Suma que gana en cada período de pago antes de descontar los impuestos \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente Horas trabajadas por semana _____</p>	<p>17. Intereses de cuentas bancarias</p> <p>18. Beneficios para veteranos</p> <p>19. Departamento de Labor e industrias</p> <p>20. Asignaciones militares</p> <p>21. Ingreso de alquiler</p> <p>22. Otros (por favor explique)</p>	<p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</p> <p>\$</p>		
<p><i>Nota: Si necesita más espacio para trabajos o ingresos, adjunte una hoja por separado.</i></p>				

Información sobre el seguro de salud

	Sí	No
23. ¿Tiene seguro médico particular alguna de las personas que desea seguir recibiendo los beneficios médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido seguro médico relacionado con su trabajo para sus hijos durante los últimos 4 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, ¿cubre ese seguro los servicios de médicos, hospitales, radiografías y laboratorios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, ¿costaron las primas menos de \$50 por mes para sus dependientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Si marcó sí en cualquiera de estas preguntas, por favor responda a las siguientes preguntas sobre seguros.</p>		

Compañía de seguros o empleador	Número de póliza	Nombre del tenedor de la póliza	Número de seguro social del tenedor de la póliza

Información voluntaria

Le pedimos que nos informe de sus antecedentes raciales o étnicos de manera voluntaria. Esta información no se utilizará al considerar su elegibilidad para beneficios.

Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Hispánico o latino
 Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico Blanco Otro _____

La discriminación está prohibida en todos los programas y actividades que administra el Departamento de Servicios Sociales y Salud. Ninguna persona será excluida de estos programas y actividades debido a su raza, color, credo, convicciones políticas, nación de origen, religión, edad, sexo o incapacidad.

Lea con cuidado antes de firmar

ENTIENDO QUE:

- Debo informar de inmediato al Departamento de Servicios Sociales y Salud, por escrito o por teléfono, si ocurre algún cambio en mi situación. Si me atraso en avisar podría causar que se expidan beneficios incorrectos.
- Mi situación está sujeta a verificación por parte de DSHS u otras agencias estatales o federales.
- Debo dar pruebas de que califico para recibir asistencia. DSHS podría ayudarme a obtener las pruebas o comunicarse con otras personas o agencias para ese fin.
- Al solicitar y recibir beneficios de atención médica, cedo al Estado de Washington todos los derechos a toda ayuda médica y a todo pago de atención médica hecho por terceras personas.
- DSHS podrá compartir el historial de inmunizaciones de mi niño con el Sistema de Seguimiento del Perfil de Inmunizaciones Infantiles del Departamento de Salud.
- **Entiendo que esta elegibilidad es sólo para beneficios médicos. Si mi familia necesita asistencia financiera o de alimentos, debemos solicitarla a través de la Oficina de Servicios Comunitarios (CSO) de DSHS.**

Declaración y firma

He leído y entiendo el contenido de este formulario de revisión de elegibilidad. Declaro, bajo juramento, que la información que he entregado en esta revisión es verdadera, correcta y completa a mi entender.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA	FIRMA DEL CÓNYUGE/TUTOR	FECHA